FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 9

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Décembre 1930, à 17 heures 30

PAR

DELENEUVILLE (Edouard-Louis-Joseph)

Né le 3 Avril 1905, à Wavrin (Nord)

Contribution à l'étude du traitement de la Dysménorrhée et des Algies pelviennes

PAR LA

résection du plexus hypogastrique supérieur

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. BUÉ. DELANNOY. PAINBLAN.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1930-1931

THÈSE

N° 9

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Décembre 1930, à 17 heures 30

PAR

DELENEUVILLE (Edouard-Louis-Joseph)

Né le 3 Avril 1905, à Wavrin (Nord)

Contribution à l'étude du traitement de la Dysménorrhée et des Algies pelviennes

PAR LA

résection du plexus hypogastrique supérieur

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. BUÉ. DELANNOY. PAINBLAN.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✲, I. ✠).

Clinique médicale :	MM.	Carrière (O. ✲, I. ✠),	Professeur
		Minet (I. ✠),	
Clinique chirurgicale :		Gaudier (O. ✲, ✙, I. ✠),	id.
		Lambret (C. ✲, I. ✠),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :		Charmeil (✲, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale :		Bué (✲, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		Surmont (✲, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		Potel (✲, ✙, I. ✠),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale :		Ingelrans (I. ✠),	id.
Physiologie :		Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie :		Cordier (A. ✠),	id.
Histologie :		Debeyre (O. ✲, ✠, I. ✠, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		Vallée (✲, I. ✠),	id.
Chimie organique :		Polonovski (A. ✠, ✠),	id.
Matière médicale et Botanique :		Fockeu (✲, I. ✠, ✠, ✠),	id
Pharmacie et Pharmacologie :		Gérard (Ernest), (✲, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :		Desoil (✲, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		Paucot (I. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		Le Fort (C. ✲, ✙, I. ✠, O. ✠)	id.
Clinique psychiâtrique :		Raviart (✲, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile :		Pierret (I. ✠),	id.
Thérapeutique :		Doumer Ed. (✠, A. ✠),	id.
Médecine opératoire :		Vanverts (✲, I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie :		Legrand (A. ✠ ✠),	id.
Médecine légale :		Leclercq (✲, ✙, I. ✠),	id.
Hydrologie et Crénothérapie :		Duhot (I. ✠)	id.
Physique médicale :		Fabre (✲, I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Morvillez (I. ✠) ; P. Combemale (✠ A.),

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	Painblan (✲, I. ✠),	chargé de cours
Clinique oto-rhino-laryngologique :		M. Debeyre (O, ✲, ✠, I. ✠),	id.
Chimie analytique :		Giberton.	id.
Physique pharmaceutique :		Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie :		Lavier (✙, A. ✠),	id.
Déontologie		Bertin (✲, I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✲, I. ✠), Combemale (O. ✲, I. ✠, M), Charmeil (✲, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✲, I. ✠), Calmette (C. ✠), Lescœur (I. ✠), Baudry (✲, I. ✠, ✠), Debierre (✲, I. ✠), Doumer (✲, I. ✠), Curtis (✲, I. ✠), Lemoine (✲, I. ✠), Bédart (O. ✲, I. ✠, ✠), Combemale (O. ✲ I. ✠ M.).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard, M. (✙, ✲, I. ✠), P. Delannoy (A. ✠), Paquet (✙, I. ✠), Bertin (✲), Swynghedauw (✙, I. ✠,), Lavier (✙, O. A. ✠), Auguste (A. ✠), Gernez, Nayrac, Grandclaude, Giberton, Thomas, Piquet.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE EMMA DELENEUVILLE

A LA MÉMOIRE DE MES PARRAIN ET MARRAINE
MONSIEUR ET MADAME EMILE DELENEUVILLE-DANJOU

A MA GRAND'MÈRE

en témoignage de ma profonde affection.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON DELENEUVILLE

C'est à lui que je dois tout. Il fut mon premier Maître. Sa longue pratique médicale et sa grande expérience lui ont permis de m'initier aux difficultés de la vie de médecin. Je le remercie des conseils qu'il m'a toujours prodigués et qui me furent si utiles.

Qu'il soit assuré que mon souci de chaque jour sera de suivre l'exemple qu'il m'a donné et d'être comme lui un médecin d'une conscience professionnelle, d'une honnêteté et d'une énergie rares. Qu'il soit assuré aussi que j'ai apprécié à leur juste valeur tous les sacrifices que lui a demandés mon éducation médicale.

C'est à lui que je dédie ce travail, en témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA MÈRE

en humble hommage d'amour filial et de reconnaissance.

A MES SŒURS

Vous dont la douce sollicitude me fut souvent d'un si précieux secours, veuillez trouver ici un faible témoignage de ma grande affection.

A MA FIANCÉE

A vous, dont le bonheur est le grand but de ma vie, je suis heureux de dédier ce travail, expression bien modeste de ma tendresse infinie.

A MONSIEUR ET MADAME DESMET-GOMBERT

A MONSIEUR ET MADAME BÉHAL-DELENEUVILLE

mes oncles et tantes

en témoignage de ma grande affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT DUPRETZ

Chevalier de la Légion d'Honneur

Maire de Gondecourt

qui m'a toujours témoigné une grande et sincère amitié. En gage de reconnaissance et d'affection, je dédie ce travail.

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE RAZEMON

Ancien Chef de Clinique chirurgicale

qui a bien voulu nous éclairer de ses conseils dans l'élaboration de ce travail. Témoignage de gratitude et de sincère amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ PALLIEZ

Chef de Clinique obstétricale

en témoignage de notre amitié scellée au cours de mon séjour à la Maternité.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A TOUS MES AMIS.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

Les années passées en commun resteront parmi les meilleures de mon existence.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBRET

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Sauveur

Commandeur de la Légion d'honneur

Vous m'avez maintes fois témoigné votre bienveillance. Vous avez reporté sur moi un peu de la vieille affection que vous avez pour ma famille. Aujourd'hui encore vous me faites le grand honneur de présider cette thèse. Je suis heureux de vous exprimer ici toute ma reconnaissance ; mais cette reconnaissance ne va pas qu'au Maître éminent : elle s'adresse aussi au chirurgien incomparable qui m'a prodigué ses soins.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUÉ

Vous m'avez toujours porté intérêt. J'ai reçu dans votre service de la Maternité, en même temps que l'accueil le plus bienveillant, un enseignement précieux dont je saurai garder le souvenir fidèle.

Veuillez trouver ici, en retour, un faible témoignage de mon entière reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EMILE DELANNOY

C'est vous, mon cher Maître, qui avez contribué le plus peut-être à ma formation médicale. Sans cesse vous m'avez prodigué des encouragements et des conseils précieux. Chaque jour m'apporte une nouvelle preuve de votre bienveillance. Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous affirmer ma profonde reconnaissance et mon affectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAINBLAN

Chargé du Cours de Clinique Ophtalmologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dès mon plus jeune âge vous m'avez soigné avec votre science et votre cœur lors de mon accident. Plus tard, au cours de mes études, comme externe dans votre service, j'ai trouvé auprès de vous l'accueil le plus aimable. Permettez-moi de vous exprimer ici toute ma gratitude et l'assurance de ma sincère affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBOIS

Doyen de la Faculté de Médecine

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de ma reconnaissance pour les bons conseils et l'appui qu'il m'a si souvent donnés.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS GEORGES GÉRARD,
LAGUESSE

In Memoriam

DEBIERRE, LE FORT, COMBEMALE, J. MINET, DOUMER,
CARRIÈRE, INGELRANS, POTEL, POLONOVSKI,
SURMONT, LECLERCQ, LEGRAND, DEBEYRE, DOUMER Ed.,
DUHOT, PIERRET, PAUCOT, VANVERTS, P. COMBEMALE,
BERTIN, PAQUET, MAURICE GÉRARD, LAVIER.

INTRODUCTION

A l'instigation de notre Maître, le Professeur Lambret, nous avons entrepris ce travail.

Dans ce modeste ouvrage, nous abordons une des questions de thérapeutique chirurgicale mises en relief dans ces dernières années : « L'étude du traitement de la dysménorrhée et des algies pelviennes par la résection du plexus hypogastrique supérieur ou **opération de Cotte** ».

Cette étude a déjà été faite et de façon plus complète dans de nombreuses publications: parmi celles-ci, il nous faut citer en France celles de Bernard et Theodoresco, de Bonneau, de Cotte, de Cueille, de Delmas, de Ferey, de Goulleoud, de Laignel-Lavastine, de Latarjet et Rochet, de Laux, de Leriche, de Luque, de Roussel, de Villard, pour ne citer que les principales. A l'étranger, celles d'Aievoli, de Grisogono, de Severino Tirelli, de Ségovia, de Théodorides, etc...

En effet, sous l'influence de l'école lyonnaise et sous l'impulsion de Leriche en particulier, une chirurgie nouvelle a vu le jour depuis quelques années. C'est la chirurgie du système sympathique. En agissant sur certaines connexions nerveuses de l'organisme, cette chirurgie se propose, soit de modifier les conditions de nutrition ou de vascularisation d'un organe ou d'un membre, soit d'interrompre la voie de conduction d'une algie ou d'un réflexe douloureux.

C'est essentiellement une « chirurgie de la douleur ». Nous apportons vingt-deux observations inédites pour la plupart suivies d'un temps important, beaucoup plus de deux ans et trois ans.

Ces observations proviennent, d'une part, du service de clinique chirurgicale du Professeur Lambret, à l'hôpital Saint-Sauveur : certaines, d'autre part, nous ont été obligeamment communiquées par le Professeur agrégé Delannoy.

Nous croyons que sur une matière encore aussi neuve que celle-là l'accumulation de bons documents est toujours nécessaire. Elle permettra de préciser à l'avenir les indications de cette excellente opération, d'en exclure les cas qui n'en sont pas justiciables et d'étendre au contraire à de nouvelles malades le bénéfice de ses bons résultats. Pour faciliter cette compréhension il nous a paru nécessaire de résumer aussi clairement que possible l'anatomie et la physiologie des plexus hypogastriques supérieur et inférieur. les indications opératoires de la résection du nerf présacré dans les algies pelviennes de la femme, et la technique à employer.

Anatomie du plexus hypogastrique supérieur

Le plexus hypogastrique supérieur résulte de la division du plexus intermésentérique, placé entre les deux artères mésentériques sur la face antéro-latérale de l'aorte.

Ce plexus est formé par des filets parallèles qui échangent entre eux quelques anastomoses obliques.

Au-dessous de l'artère mésentérique inférieure, le plexus intermésentérique se divise en deux parties : une partie qui, suivant l'artère mésentérique inférieure, forme le plexus mésentérique inférieur ; une autre qui, continuant la direction du plexus initial sur la face antérieure de la bifurcation aortique constitue le plexus hypogastrique supérieur d'Hovelacque.

Limites. — Par rapport au squelette, il commence à la partie supérieure de la quatrième lombaire et se termine au niveau de la première sacrée où il se divise en deux plexus terminaux : les plexus hypogastriques inférieurs.

Les limites sont variables. La limite supérieure est quelquefois plus haut au niveau de la partie inférieure de la troisième lombaire. Souvent plus bas au niveau de la partie inférieure de la quatrième lombaire, quelquefois même devant la face antérieure de la cinquième lombaire.

Sa limite inférieure est quelquefois au niveau de la partie inférieure de la cinquième lombaire ; quelquefois plus haut encore, au niveau du disque intervertébral séparant la quatrième et la cinquième lombaires. Dans certains cas elle est très bas sous le promontoire.

Longueur. — Sa longueur est variable comme ses limites : en moyenne 4 ou 5 centimètres ; il est quelquefois plus court, 1 centimètre ; quelquefois beaucoup plus long : on l'a rencontré long de 7 centimètres.

Morphologie. — Le plexus hypogastrique supérieur se présente rarement sous forme d'un cordon unique. Les formes qu'on retrouve le plus souvent sont au nombre de deux :

a) Il se présente sous forme de deux gros cordons nerveux situés à une distance variable l'un de l'autre.

b) Il forme un plexus plus ou moins étalé, à mailles plus ou moins larges qui occupent au niveau du promontoire presque toute la largeur de l'espace interiliaque.

Il existe de nombreux intermédiaires entres ces formes-types.

Cette variabilité de morphologie, intéressante pour l'anatomiste, l'est beaucoup moins pour le chirurgien. Les filets nerveux du plexus hypogastrique supérieur sont en effet englobés dans le tissu cellulaire dans lesquels ils cheminent. Il y a ainsi formation d'une lame cellulo-nerveuse nette dont le chirurgien ne peut chercher à dissocier les filets nerveux. Pratiquement, il suffit de savoir que la section de cette lame équivaut à celle du nerf présacré, et qu'elle peut être faite impunément puisqu'elle n'est pas vascularisée.

Situation et rapports anatomiques. — Presque toujours le nerf présacré est situé à gauche de la ligne médiane devant le corps de la cinquième lombaire et le promontoire. En hauteur, nous avons vu ses limites supérieures et inférieures. En arrière, il repose sur le segment de l'aorte terminale dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire ; puis il est en rapport avec la partie inférieure du corps de la cinquième

lombaire ; il croise ensuite la veine iliaque primitive gauche et le promontoire ; là, il répond à l'artère sacrée moyenne et aux veines satellites, qui ont une disposition variable, pour plonger ensuite dans le bassin.

En avant, il est, séparé de lui par une lame de tissu cellulaire, sous le péritoine pariétal.

A gauche, il est en rapport avec les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs et l'uretère dont il est d'ailleurs assez éloigné.

A droite, l'artère iliaque primitive droite est loin de lui.

Bien plus intéressants sont les rapports chirurgicaux du plexus hypogastrique supérieur. Il est assez facile à atteindre, surtout au niveau du promontoire.

Le plexus, ou plutôt la lame celluleuse dans laquelle sont noyés le ou les filets nerveux du plexus, apparaît au-devant de la bifurcation de l'aorte et dans l'écartement des artères iliaques. Cette lame repose sur la veine iliaque primitive gauche plaquée elle-même sur le promontoire. La sacrée moyenne est souvent assez lointaine et sans rapports directs sur les côtés, assez à distance, descendent les uretères, mais à gauche, rapport très proche est l'artère hémorroïdale supérieure qui longe le plexus.

En avant, il est immédiatement au contact du péritoine ; quelquefois la couche cellulaire qui l'en sépare, et dans laquelle ses filets nerveux sont englobés, est assez mince pour qu'on voit le plus gros nerf sous la séreuse.

Pratiquement, on peut charger toute la lame cellulaire sur une aiguille de Deschamps et s'assurer qu'il s'agit bien du nerf présacré en exerçant une légère traction : on voit alors les deux nerfs hypogastriques inférieurs soulever en forme de fer à cheval le péritoine pariétal postérieur dans le petit bassin.

Nous avons vu qu'au niveau de la première sacrée normalement, quelquefois plus haut ou plus bas, le plexus hypogastrique supérieur se diviser en ses deux branches terminales symétriques, le plexus hypogastrique inférieur ou nerfs hypogastriques.

Pour faciliter la compréhension de la physiologie du présacré, voyons où se terminent les filets nerveux qui le constituent. Chaque nerf hypogastrique chemine dans la gaine hypogastrique et dans l'espace latéro-rectal, selon une direction oblique en bas, en dehors et en avant. Il décrit ainsi une courbe à concavité antérieure et inférieure. Chaque nerf, long de 6 à 9 centimètres en moyenne se présente comme une lame cellulo-nerveuse où l'on peut reconnaître cinq ou six filets nerveux de volumes différents, anastomosés richement entre eux de façon à former un plexus à mailles allongées dans l'axe du nerf et comblées par de petits vaisseaux et du tissu cellulaire.

Rapports des nerfs hypogastriques. — Les nerfs hypogastriques se trouvent en arrière des vaisseaux iliaques internes, presque contre la veine hypogastrique. Ils reposent en bas et en arrière sur le plancher pelvien où ils se mettent en rapport avec l'artère et la veine sacrée latérale. En dehors, ils sont en rapport avec les branches des vaisseaux hypogastriques.

Les deux nerfs hypogastriques seraient anastomosés entre eux près de leur terminaison par un filet grêle qui passerait en anse fine derrière le rectum.

Le long de leur trajet les nerfs hypogastriques envoient des branches aux artères voisines (iliaque interne et externe).

Au niveau de l'espace pelvi-rectal supérieur les filets nerveux de chaque nerf se rassemblant, ceux de l'hypogastrique droit à droite, ceux de l'hypogastrique gauche à gauche,

donnent naissance à un ganglion dit ganglion hypogastrique de Frankenhauser.

Ce ganglion est le point de passage de presque tous les nerfs du petit bassin ; organe pair, nous l'avons vu, il est aussi symétrique. Chaque ganglion se présente comme une lame cellulo-nerveuse, situé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Ces ganglions sont situés plus près de la ligne médiane que des parois latérales du pelvis, plus près du sacrum que du pubis.

Ils sont appliqués de chaque côté sur les faces latérales du rectum. Ils ont une hauteur de 3 à 5 centimètres et une longueur de 1 à 2. Chaque ganglion se présente comme une lame grossièrement quadrilatère, à laquelle on peut distinguer quatre bords et deux faces.

Leur bord postérieur est irrégulier et mal limité. C'est par lui que le ganglion reçoit la plupart des fibres nerveuses. Ce bord répond à la concavité sacrée. Leur bord antérieur est de même mal limité et irrégulier. C'est de lui que partent les fibres nerveuses qui innervent le pelvis. Ce bord est à environ 1 cm. 1/2 de l'isthme utérin et du cul-de-sac correspondant du vagin.

Le bord inférieur est au-dessus et en dedans du releveur de l'anus recouvert de son aponévrose.

Le bord supérieur, croisé en X par l'uretère, répond au péritoine qu'il soulève pour former avec lui le ligament utéro-sacré.

La face externe répond à la plupart des vaisseaux du petit bassin, c'est-à-dire aux artères et aux veines hypogastriques et à leurs branches de distribution. La face interne répond aux viscères du petit bassin.

Chaque ganglion est formé :

1° Par la branche correspondante du plexus hypogastrique inférieur ;

2° Par des rameaux qui viennent des plexus péri-artériels (plexus hémorroïdal inférieur qui est la terminaison du plexus mésentérique inférieur). Ceci nous explique la solidarité fonctionnelle du rectum et de l'appareil génital ;

3° Par deux ou trois filets nés de la chaîne sympathique sacrée. En plus de ces filets, on trouve quelquefois des rameaux nerveux provenant du cinquième ganglion lombaire ou du premier sacré ;

4° Par des filets du plexus sacré qui forment les nerfs sacrés érecteurs d'Eckardt. Ces filets de gros volume, au nombre de cinq ou six, viennent des branches antérieures des deuxième, troisième et quatrième nerfs sacrés. Ils contiennent les nerfs vaso-moteurs de l'érection.

Les nerfs partis des ganglions par leur face antérieure se distribuent à tous les viscères pelviens, d'où le nom de « cerveau pelvien » qu'on a encore donné à ces ganglions.

Artificiellement, on peut diviser ces nerfs en quatre groupes :

1° Ceux qui se distribuent à l'uretère ;

2° Ceux qui se distribuent au rectum ;

3° Ceux qui se distribuent à la vessie ;

4° Ceux qui se distribuent à l'utérus et au vagin.

Ce bref exposé anatomique montre combien est vaste le territoire des branches terminales du plexus hypogastrique inférieur, branches qui proviennent en définitive surtout du nerf présacré.

Ce nerf résume à lui seul presque toute la sensibilité des organes pelviens, sauf peut-être celle de l'ovaire. Ceci nous fait déjà entrevoir l'efficacité de sa section dans presque toutes les algies pelviennes, mais surtout dans celles d'origine génitale, en particulier dans les crises douloureuses à point de départ utérin ou vaginal.

Physiologie

La physiologie du plexus hypogastrique supérieur est utile à étudier, car avant de pratiquer la résection de ce nerf, il faut savoir : d'une part, si en le sectionnant on a la certitude d'agir sur la sensibilité pelvienne ; d'autre part, si on ne risque pas d'entraîner des troubles trophiques ou moteurs dans les territoires ainsi anesthésiés.

Nous ferons précéder l'étude de la physiologie, à proprement parler, d'un bref résumé de l'histologie du nerf présacré.

Histologiquement, les divers examens pratiqués jusqu'ici sur des nerfs présacrés réséqués opératoirement en particulier par Cotte et Noël, montrent que les filets nerveux de ce nerf sont, selon les cas, au nombre de quinze à cinquante. Ces troncs nerveux sont constitués par des fibres à myéline et des fibres sans myéline (ces dernières sont les plus nombreuses). On trouve toujours, de plus, des cellules sympathiques qui sont d'ailleurs quelquefois assez groupées pour former un véritable petit ganglion.

Les fibres sans myéline sont des fibres ganglio-viscérales venant, soit du ganglion mésentérique inférieur, soit des ganglions lombaires de la chaîne sympathique latérale.

Les fibres à myéline sont des fibres centro-ganglionnaires qui viennent soit de la moelle lombaire, soit du plexus solaire (peut-être y en a-t-il venant du pneumogastrique lui-même).

Donc, l'orthosympathique et le parasympathique concourent à la formation du nerf présacré.

Voyons maintenant la physiologie de ce nerf au point de vue moteur, vaso-moteur, trophique, sécrétoire et sensitif.

Motricité. — Le nerf présacré ne semble avoir aucun effet sur la motricité des organes pelviens. On savait déjà que les fibres sympathiques avaient peu d'importance dans la motricité des viscères auxquels ils se distribuent. Latarjet et Wertheimer avaient montré que la section des nerfs de l'estomac ne paralysait pas cet organe ; de même, Leriche a montré que la section du nerf présacré ne paralysait pas l'utérus. Cotte a publié quelques cas de grossesse suivie d'accouchement normal après résection du nerf présacré. De même, on verra dans une de nos observations l'exemple d'une résection faite durant une grossesse, d'ailleurs ignorée, qui n'a amené aucun trouble dans l'évolution de celle-ci, ni dans l'accouchement ; on verra également plusieurs observations dans lesquelles la résection n'a pas empêché la conception, ni influé sur l'évolution de la grossesse ni de l'accouchement.

De même, la résection du nerf présacré correctement faite n'amène ni paralysie rectale, ni paralysie vésicale, à condition toutefois de se borner à réséquer le présacré seul et à ne pas toucher au ganglion hypogastrique. Si on lésait celui-ci, on s'exposerait à des troubles moteurs graves, vésicaux en particulier.

Vaso-moteur. — Nous avons vu que des filets vasculaires partent des plexus hypogastriques supérieur et inférieur pour se rendre sur les artères iliaques interne et externe.

Logiquement, la section du plexus hypogastrique supérieur doit donner des modifications vaso-motrices au niveau de l'appareil utéro-annexiel.

Leriche, par de nombreuses expériences, a montré qu'on avait après section une vaso-dilatation de durée variable.

Cependant, ainsi que Luque, nous n'avons jamais noté, chez les malades revues quelque temps après l'opération, de rougeur anormale au niveau du col, ni de changement notable de la coloration du péritoine au moment ou après la résection du nerf présacré.

Rôle trophique. — Il est plus difficile à apprécier. Cependant, il semble que la résection n'amène pas de troubles trophiques : en effet, on ne note jamais de modifications de volume de l'utérus, ni d'ulcération du col, ni de troubles de la menstruation si elle était normale avant, ni de troubles de la fécondation, ni de troubles de la gestation et de l'accouchement.

Rôle sécrétoire. — Il semble que le nerf présacré n'ait aucune action sur la sécrétion de l'ovaire. Cependant, certains auteurs signalent une augmentation de l'ovulation et de la sécrétion interne. D'autres, par contre, la nient.

Action sur le sens génital. — Cotte a pratiqué la résection sur des malades atteintes de frigidité génitale ou, au contraire, présentant des crises clitoridiennes : il a obtenu dans ces deux cas inverses de bons résultats (sans doute par interruption des connexions nerveuses).

Sensibilité. — Le nerf présacré est le nerf de la douleur par excellence. C'est le conducteur des douleurs viscérales. Ce rôle lui est connu depuis longtemps. Jaboulay, en 1895, pratique contre les douleurs pelviennes la première intervention sur le sympathique pelvien.

Depuis, Leriche et Stricker, à la Société de Chirurgie, en 1927, ont montré son rôle essentiellement sensitif.

Ces auteurs ont montré qu'après section du nerf présacré, l'excitation du bout périphérique ne s'accompagnait pas de

changement de la pression artérielle, alors qu'au contraire l'excitation du bout central donnait une augmentation, puis une diminution de la pression artérielle. L'excitation du nerf présacré est donc centripète.

De plus, P. Walther a constaté plusieurs fois, de même que cela est noté dans les observations que nous rapportons, que sa section entraîne la disparition du réflexe de Douglas.

De nombreuses constatations cliniques sont venues renforcer leurs conclusions. On verra dans nos observations que c'est bien là son rôle primordial.

L'anatomie nous a montré quelle était l'étendue de ce territoire sensitif qui s'étend au péritoine pelvien, au rectum, à la vessie, à l'utérus et aux trompes.

De tout ceci on peut donc déduire que sa section équivaut à l'anesthésie à peu près complète de l'utérus, du col et des trompes, car elle supprime à peu près complètement les voies sensitives de l'appareil utéro-annexiel.

Indications opératoires

Bases physiologiques. — C'est la physiologie qui nous donnera les indications nécessaires sur les interventions chirurgicales à pratiquer sur le sympathique pelvien.

L'opération de choix étant la résection, voyons d'abord les résultats de cette opération au point de vue physiologique.

Motricité. — Elle n'a aucun effet sur la motricité utérine. Il y a dans nos observations quelques cas où les malades ont eu un ou plusieurs accouchements normaux après résection. Elle n'a aucun effet non plus sur la motricité vésicale ou rectale, à condition de respecter intégralement le « nerf pelvien » des physiologistes.

Vaso-motricité. — A ce point de vue, l'intervention est souvent très efficace. Leriche, par ses expériences sur le sympathique péri-artériel, nous a montré la possibilité de la sympathectomie péri-artérielle qui donne une vaso-dilatation de durée variable en supprimant le sympathique vaso-constricteur. Il n'a pas été possible de faire les mêmes expériences sur le sympathique vaso-dilatateur, car ses filets ne sont pas isolables.

Sécrétion interne. — Elle n'est aucunement modifiée. Les fonctions sympathiques n'étant pas encore précisées, nous ne pouvons saisir les effets de l'opération sur la sécrétion interne de l'ovaire. Cependant, nous pouvons affirmer qu'il n'existe aucune contre-indication de l'opération à ce sujet.

Sensibilité. — La fonction sensitive du plexus hypogastrique supérieur est la plus nette, la plus importante et la moins discutée.

Ce sont surtout les effets de la résection du nerf présacré sur les douleurs pelviennes que nous allons étudier.

Tout d'abord, quelles sont les douleurs justiciables de ce traitement ? Nous laissons volontairement de côté les douleurs aiguës d'origine inflammatoire ou mécanique pour n'envisager que les douleurs chroniques. Les douleurs aiguës sont en effet justiciables d'un traitement médical ou chirurgical qui, dirigé contre les lésions elles-mêmes, supprime à la fois et les lésions et les douleurs dont elles sont la cause.

De nombreuses classifications des douleurs chroniques ont été proposées. Celle de Cueille nous a semblé la meilleure. Avec lui nous distinguerons :

1° Les douleurs liées à des lésions anatomiques accessibles à la chirurgie ;

2° Les douleurs sans lésions anatomiques appréciables ;

3° Les douleurs liées à des lésions anatomiques inopérables.

1° *Douleurs liées à des lésions anatomiques inopérables.*

Il s'agit d'affections douloureuses où les lésions anatomiques ont dépassé les possibilités du traitement chirurgical. C'est, par exemple, l'épithélioma du col utérin ou ses récidives. Ici, les douleurs atroces dont souffrent les malades sont la principale indication opératoire. Dans ce cas l'intervention n'est exclusivement faite que contre la douleur ; la résection doit, d'après Guyot, être faite précocement avant que la gaine celluleuse du nerf soit infiltrée, il faut d'ailleurs remarquer que la neurectomie présacrée, qui atténue consi-

rablement les douleurs, amène une congestion intense du pelvis qui aurait pour résultat de ralentir l'évolution du mal.

Ne fusse que contre les douleurs, la résection doit être faite chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur maligne inopérable.

2° *Douleurs liées à des lésions anatomiques accessibles à la chirurgie.*

Dans ce cas les lésions anatomiques sont très opérables et l'intervention est susceptible de donner un très bon résultat. Il faut la faire puisque, thérapeutique étiologique, elle doit être préférée à la thérapeutique symptomatique : les lésions constituent en effet un danger très grave. Mais deux cas différents se présentent ici :

1° La thérapeutique étiologique suffit : en traitant les lésions on fait disparaître les douleurs. C'est, par exemple, le cas du pyosalpinx. Dans ce cas, la résection du nerf présacré est inutile.

2° La thérapeutique étiologique ne suffit pas. En traitant les lésions on laisse subsister les douleurs. Dans ce cas, en plus de l'intervention (traitement étiologique), la résection présacrée doit être faite (traitement complémentaire). Mais, cette dernière ne doit pas être faite seule, car si elle supprime la douleur elle n'agit pas sur les lésions.

3° *Douleurs sans lésions anatomiques appréciables.*

Dans ce cas, ce qui domine le tableau clinique c'est la douleur. Il n'existe pas ou peu de lésions anatomiques qui, d'ailleurs, sont, quand elles existent, hors de proportion avec les douleurs.

Ces affections sont appelées dysménorrhée si les douleurs n'apparaissent qu'au moment des règles et névralgie pelvienne si les douleurs sont continues. En pratique, ce sont

des affections identiques. C'est, dit Cotte, « un syndrome caractérisé surtout par des douleurs pelviennes intenses paroxystiques, hors de proportion avec les lésions minimes qui les produisent et rebelles à la thérapeutique habituelle ». Les lésions qui les produisent sont nombreuses. Ce sont des lésions d'origine :

a) Mécanique : une déchirure du col, par exemple.

b) Inflammatoire : la métrite du col, par exemple.

c) Dystrophique : la sclérose utérine, par exemple.

d) Néoplasique : l'adénomyome de la corne utérine.

e) Ou bien c'est un vice de position : un prolapsus ovarien, par exemple. Ces lésions existent d'ailleurs chez certaines femmes sans causer de douleurs. Chez d'autres, au contraire, sujets nerveux, elles donnent des névralgies pelviennes violentes qui interdisent aux malades toutes occupations et en font des demi-infirmes.

Comme traitement de ce syndrome, on fit autrefois de nombreuses ovariotomies qui ne donnèrent aucun résultat.

L'ovariotomie fut alors abandonnée pour l'hystérectomie subtotale, traitement qui donna des résultats un peu meilleurs, mais pas merveilleux cependant.

On arriva alors a considérer ces malades comme des nerveuses et on essaya divers traitements médicaux après l'intervention qui ne donnèrent rien ou presque rien. Ceci s'explique par ce fait que le traitement des lésions anatomiques ne suffit pas pour faire disparaître les douleurs. Quelquefois même il n'existe aucune lésion macroscopique. Dans ce cas, d'où viennent alors les douleurs ? On a cru au début à l'hystérie ; on croit maintenant à des lésions microscopiques du système nerveux.

Dans les cas de lésions minimes avec névralgie pelvienne, les chirurgiens, sous l'influence de Cotte, ont pratiqué la

résection du nerf présacré. Seule cette intervention donna de bons résultats et amena une sédation des douleurs sans causer aucun trouble fonctionnel.

Dans les cas où il existe des lésions, aussi minimes soient-elles, la résection doit donc être faite à titre complémentaire. Si elle est faite en suivant la technique voulue, elle ne complique pas l'intervention primitive.

Mais dans les cas où il n'y a pas de lésions appréciables, ce sont ceux de la dysménorrhée dite idiopathique ou essentielle, il semble exagéré de dire qu'il faut faire d'emblée la résection. Ne peut-on essayer auparavant un traitement médical ? N'existe-t-il pas des calmants ? Si, mais combien de fois ce traitement ne donne-t-il rien !

Il ne reste alors que la résection présacrée qui est la seule intervention logique. On objectera qu'il est plus grave et plus sérieux de subir une opération, « de se faire ouvrir le ventre » suivant l'expression consacrée, que de se coucher 24 heures tous les vingt-neuf jours, que de se faire appliquer un cataplasme sur le ventre, que d'absorber un ou quelques comprimés d'aspirine ou même de se faire injecter un ou quelques centigrammes de morphine ! Sans doute. Mais combien sont réduits les risques opératoires à l'heure actuelle, avec l'asepsie et l'antisepsie de l'époque où nous vivons, avec la technique opératoire que nous employons.

On peut d'ailleurs profiter de cette laparotomie pour débarrasser l'organisme de l'appendice, organe inutile et toujours dangereux.

Et même chez certaines femmes qui souffrent continuellement du bas-ventre, qui ont des paroxysmes douloureux fréquents, qui sont des demi-infirmes ne pouvant faire aucun travail, aucune marche, aucun effort, on est autorisé à faire la résection seule. Il ne faut pas attendre que l'affection

retentisse sur le système nerveux au point d'amener de la dépression nerveuse, de la neurasthénie, il ne faut pas se croire en présence d'hystériques ou de folles qu'on ne peut soulager et qui ne tireront aucun profit de l'intervention : il faut, au contraire, être persuadé qu'il s'agit de douleurs vraies et que l'intervention leur apportera tout le calme dont elles ont besoin.

Technique opératoire

De prime abord, il semble que pour agir sur les douleurs pelviennes, il n'est pas besoin d'attaquer le sympathique pelvien à un point bien déterminé. Il semble en effet suffisant de sectionner les voies conductrices de la sensibilité ; mais des fibres motrices et vaso-motrices sont mélangées aux fibres sensitives, et il est matériellement impossible de les séparer les unes des autres : donc, fatalement, la section des unes intéressera les autres. Il ne faut donc pas agir sur les segments sympathiques qui contiennent des fibres indispensables au fonctionnement normal des organes.

Or, la physiologie nous apprend que seuls certains segments peuvent être sectionnés impunément : ce sont ceux de la portion lombaire de la chaîne sympathique et ses rameaux communicants ; ces segments sont le nerf présacré et ses branches de division (nerfs hypogastriques), le pédicule utéro-ovarien et le plexus péri-artériel. *Physiologiquement, la section n'est autorisée que là.*

Quel est, de ces segments, celui que nous allons choisir ?

Ce sera celui où la régénération nerveuse aura le moins de chances de se faire, où il y aura le plus de fibres sensitives sectionnées et le moins de fibres motrices : là où la technique la plus facile a appliquer, là où nous obtiendrons les résultats les plus durables et les meilleurs.

L'endroit où la régénération nerveuse aura le moins de chances de se faire est le nerf présacré, puisqu'il est possible d'en faire une résection importante ; l'endroit où il y aura

le plus de fibres sensitives et le moins de fibres motrices est le nerf présacré, ainsi que nous l'avons vu, il est la voie de passage des fibres sensitives par excellence et il ne joue aucun rôle au point de vue motricité des organes. L'endroit où la technique sera la plus facile à suivre est le nerf présacré encore puisqu'il est unique et que ses filets nerveux sont groupés dans du tissu cellulaire et qu'il est facile à isoler. Enfin, l'endroit où les résultats les meilleurs seront obtenus est encore le nerf présacré ; il nous suffira de faire remarquer qu'il existe des observations où l'intervention a été pratiquée il y a quelques années déjà et dont les résultats sont restés excellents jusqu'à l'heure actuelle.

La technique opératoire, très facile, a été bien décrite par Cotte. Nous n'en donnerons que les quelques points sur lesquels il nous semble bon d'insister.

On fera de préférence à une incision médiane, une incision de Pfannenstiel dans un repli cutané ou dans les poils pubiens, ce qui peut avoir une certaine importance au point de vue esthétique.

La malade est ensuite mise en position déclive.

Puis on incise le péritoine pariétal et on refoule les anses grêles. Il est surtout important de refouler les anses oméga longues qui peuvent gêner, car elles se trouvent presque toujours devant le rachis. On pratique alors une incision médiane et verticale du péritoine soulevé par une pince. Cette incision remonte nettement sur la bifurcation aortique et dépasse à peine en bas le promontoire.

Certains auteurs préfèrent l'incision transversale du péritoine. Ce point a peu d'importance. Il semble cependant que cette dernière mettrait plus en danger les vaisseaux hémorroïdaux.

Par la brèche péritonéale des nerfs apparaissent immé-

diatement : on les libère sur quelques centimètres afin d'en réséquer un segment d'une certaine longueur. Les nerfs visibles coupés, il faut chercher dans le tissu cellulaire interiliaque, d'ailleurs toujours en très petite quantité, les filets plus fins qui s'y trouvent.

Pour ce faire, le plus simple est de libérer de sa gaine l'artère iliaque droite, puis de même l'artère iliaque gauche. On obtient ainsi une masse de tissu cellulaire qu'il suffit d'enlever en prenant seulement garde à la veine iliaque gauche, toujours mince et facile à blesser.

Ces recherches et ces sections s'accompagnent, dans environ 50 % de cas, d'un léger suintement sanguin, hémorragie capillaire due sans doute à la blessure des « vasa nervorum ». Cette hémorragie est à peine gênante et ne nécessite jamais de ligature.

L'opération se termine par le surjet à la soie ou au catgut N° 0 de la brèche péritonéale.

OBSERVATIONS

Les vingt-deux observations nouvelles que nous publions concernant des malades opérés pour dysménorrhée ou névralgie pelvienne.

Seize ont été recueillies dans le service de M. le Professeur Lambret, à l'hôpital Saint-Sauveur ; six autres nous ont été obligeamment communiquées par M. le Professeur agrégé Delannoy.

---

1. — Mme D... Cette malade, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital en août 1927. La malade a toujours été réglée irrégulièrement et abondamment. Elle a toujours souffert. Elle a un enfant de 6 ans ; depuis, les douleurs menstruelles sont de plus en plus fortes, l'obligeant à se coucher chaque fois. De plus, les douleurs intermenstruelles sont devenues très douloureuses ; on note également une leucorrhée abondante et enfin de la dyspareunie. La malade a eu un second enfant en 1924 et un troisième en 1925. A la suite de ces accouchements, les douleurs s'accentuent et les règles surviennent tous les quinze jours. Le toucher vaginal nous montre les culs-de-sac latéraux bridés et très douloureux, l'utérus et le col sont normaux. L'intervention en août 1927 (Dr Razemon) sous asthésie générale, on a trouvé : utérus normal, ovaire sclérokystique, les trompes sont légèrement enflammées surtout à gauche, l'annexe gauche est enlevée et, de plus, résection du nerf présacré. Suites opératoires normales. La malade revient en juin 1930. Les règles sont devenues régulières, d'une durée et d'une abondance normales, mais elles sont toujours douloureuses. Cependant la malade n'est plus souffrante qu'un jour pendant ses règles. Les douleurs intermenstruelles ont disparu, la leucorrhée est beaucoup moins abondante, la dyspareunie n'est pas modifiée, le toucher vaginal montre un utérus en position normale, léger degré de cystocèle.

---

2. — Mme R..., malade âgée de 25 ans, entre le 27 novembre 1929 parce qu'elle souffre dans le bas-ventre depuis son accouchement, il y a deux ans. La malade, réglée à 14 ans, présentait jusqu'alors des règles régulières et non douloureuses. A 18 ans, crise appendiculaire, mais à 21 ans, deux ans après elle accouche normalement. Depuis cet accouchement, ses règles sont devenues plus abondantes et plus rapprochées ; elles sont très douloureuses ; on note de la dyspareunie, le point de Mac Daun, très net ; le toucher vaginal montre une annexe gauche douloureuse. Intervention le 4 décembre 1929 (Dr Lefebvre), laparotomie médiane sous anesthésie générale. Utérus normal, ovaires sclérokystiques, un peu de liquide dans les culs-de-sac antérieur et postérieur, léger degré de varicocèle pelvien surtout à gauche. Ablation de l'annexe gauche, résection du nerf présacré, appendicectomie, plicature de cæcum avec suppression de son bas-fond.

Revue le 24 juin 1930, donc neuf mois après l'intervention : la malade a des règles régulières et d'une abondance normale, cependant elles restent douloureuses ; la dyspareunie n'est pas modifiée ; au toucher vaginal, utérus gros en antéposition normale, culs-de-sac souples mais douloureux.

---

3. — Mme F..., malade âgée de 27 ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1930 pour douleurs dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs deviennent plus violentes depuis quelque temps et s'irradient dans le bas-ventre. Les règles sont d'une durée normale et ne sont pas douloureuses ; on note de la dyspareunie, pas de leucorrhée ; au toucher vaginal, on a un utérus en rétroversion, une grosse annexe gauche, les culs-de-sac droits sont souples et non douloureux.

Intervention le 18 avril 1930, sous anesthésie générale : incisions médiane sous-ombilicale ; gros utérus mou rétroverse, annexe libre, un peu de liquide citrin dans le Douglas. Ablation de l'annexe gauche et fixation de l'utérus ; résection du nerf présacré sur deux centimètres et demi de longueur ; appendicectologie.

La malade est revue le 3 juin, elle note une grosse amélioration. Les 24 juin, la malade revient : les douleurs dans le bas-ventre ont disparu, la dyspareunie aussi ; règles normales ; les culs-de-sac : droit normal, à gauche légèrement bridé.

---

4. — Mme F..., malade âgée de 26 ans, entre à l'hôpital en décembre 1926 pour douleurs dans le flanc droit.

Cette malade, réglée à 14 ans, a toujours présenté des douleurs

assez fortes avant ses règles. Depuis septembre 1926, elle présente également des douleurs dans la fosse iliaque droite ; ses règles sont devenues très douloureuses, elle note également de violentes douleurs intermenstruelles, pas de dyspareunie ; elle a une leucorrhée abondante.

Opération : 12 janvier 1927 (Professeur Delannoy), anesthésie générale, incision sous-ombilicale de la paroi, pas de lésion ni des annexes ni de l'appendice ; on dissèque le péritoine postérieur, on découvre le nerf présacré et on l'incise sur deux centimètres ; on pratique ensuite la sympathicectomie de l'artère hypogastrique.

Le 24 juin 1930, la malade revient ; depuis son opération, elle a eu deux accouchements normaux ; elle est complètement guérie ; les douleurs, pendant et après les règles, ont disparu ; les pertes blanches ont cessé. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué, car la malade a accouché il y a douze jours.

---

5. — Mme T..., malade âgée de 29 ans, entre à l'hôpital en janvier 1930 pour des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs ont commencé après un second accouchement ; ses règles sont devenues douloureuses et la forcent à se coucher. Elle a de la dyspareunie et une leucorrhée abondante. Le toucher vaginal montre un utérus en position normale, une grosse annexe, cul-de-sac droit normal.

Opération le 8 février (Docteur Lefebvre) : anesthésie générale, utérus augmenté de volume, en bonne position ; liquide citrin dans les culs-de-sac, varicocèle pelvien. Ablation de l'annexe gauche, qui est scléro-kystique ; résection du nerf présacré.

En juin 1930, la malade est complètement guérie ; ses règles ne sont plus douloureuses, de même la dyspareunie a disparu. Au toucher vaginal, on trouve un utérus normal et des culs-de-sac normaux.

---

6. — Mme V..., malade âgée de 23 ans, qui entre à l'hôpital en juillet 1928 pour douleurs dans le bas-ventre depuis trois ans. Ces douleurs sont survenues après un second accouchement ; les règles sont irrégulières et douloureuses. On note de la dyspareunie ; depuis également trois ans est apparue de la leucorrhée très abondante.

Opération le 16 juin 1928 (Docteur Razemon) : l'ovaire gauche est scléro-kystique, la trompe gauche, ablation de l'ovaire droit, résection du nerf présacré, après la résection le réflexe de Douglas a disparu. Le 16 juin 1928, la malade nous dit que ses règles sont

devenues très régulières et ne sont plus douloureuses ; les douleurs entre les règles ont disparu ainsi que la dyspareunie. Au toucher vaginal, ont trouve un utérus en position normale, ovaire droit normal, cul-de-sac gauche manque de souplesse et métrite chronique du col.

---

7. — Mme S..., malade âgée de 21 ans, entre dans le service en décembre 1929 : douleurs dans la fosse iliaque droite. Mariée depuis trois mois, elle se plaint depuis un mois et demi de douleurs dans le flanc droit, irradiant à gauche et dans les membres inférieurs. Règles un peu douloureuses, point de Mac Burney très net.

Intervention le 6 novembre 1929 (Professeur Delannoy) : sous anesthésie générale, incision de Pfannenstiel, utérus un peu augmenté de volume en bonne position, ovaires volumineux, ovaire droit prolabé dans le Douglas, ils sont polikystiques notamment le gauche ; un peu de liquide dans le Douglas. Ablation de l'annexe gauche, résection du nerf présacré sur 2 cm., appendicectomie.

Le 24 juin, la malade n'a pas présenté d'amélioration ; elle a toujours des douleurs à droite quoique moins fortes ; les règles sont toujours un peu douloureuses. Au toucher vaginal : utérus en position normale, culs-de-sac normaux, légères douleurs dans le Douglas.

---

8. — Mme R..., malade de 26 ans, entre dans le service le 9 juin 1929 pour douleurs dans le bas-ventre. Depuis un second accouchement, elle a des douleurs violentes dans le bas-ventre. En même temps apparaissent les métrorragies qui cessèrent peu à peu ; les règles sont très douloureuses mais régulières. Il y a de la dyspareunie. Opération le 26 juillet 1929 (Docteur Lefebvre) : utérus en position normale, varicocèle unilatéral, ovaires sclérokystiques, un peu de liquide hématique dans le Douglas. Résection du présacré sur une longueur de 2 cm. Le nerf présacré se présente pecsiforme avec deux cordons parallèles et épais. La malade est revue le 25 juin 1930. Pendant six mois, les douleurs, après l'intervention, ont complètement disparu ; les règles n'étaient plus douloureuses ; la dyspareunie avait cessé. Depuis mai 1930, la malade note quelques douleurs pendant les règles. Au toucher vaginal, utérus en position normale, culs-de-sac droits normaux, cul-de-sac gauche manque de souplesse.

---

9. — Mme T... Cette malade entre à l'hôpital pour douleurs dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs deviennent plus violentes depuis quelque temps et s'irradient dans le bas-ventre ; les règles sont d'une durée normale et ne sont pas douloureuses ; on note de la dyspareunie, pas de leucorrhée ; au toucher vaginal, on a un utérus en rétroversion, une grosse annexe gauche, les culs-de-sac droits sont souples et non douloureux.

Intervention sous anesthésie générale : incision médiane sous-ombilicale, gros utérus mou rétroversé, annexe libre, un peu de liquide citrin dans le Douglas ; ablation de l'annexe gauche et fixation de l'utérus ; résection du nerf présacré sur 2 cm. 1/2 de longueur ; appendicectomie.

La malade est revue ; elle note une grosse amélioration ; les douleurs dans le bas-ventre ont disparu, la dyspareunie aussi ; règles normales. Au toucher, on trouve un utérus en position normale ; les culs-de-sac : droit normal, gauche bridé.

---

10. — Mme W... Cette malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs ont commencé après un accouchement ; ses règles sont devenues douloureuses et la forcent à se coucher ; elle a de la dyspareunie et une leucorrhée abondante. Le toucher vaginal montre un utérus en position normale, une grosse annexe, cul-de-sac droit normal.

Opération sous anesthésie générale : utérus augmenté de volume, en bonne position ; liquide citrin dans les culs-de-sac, varicocèle pelvien. Ablation de l'annexe gauche qui est sclérokystique, résection du nerf présacré.

Quelque temps après, la malade est complètement guérie ; ses règles ne sont plus douloureuses, de même la dyspareunie a disparu. Au toucher vaginal, on trouve un utérus normal et des culs-de-sac normaux.

---

11. — Mme D... La malade, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 27 avril 1929, pour des douleurs dans le bas-ventre. La malade a toujours été réglée irrégulièrement. Depuis, elle a des douleurs sourdes et continues dans le bas-ventre ; les règles sont très douloureuses ; de plus, apparition d'une abondante leucorrhée et enfin de la dyspareunie.

Opération le 29 avril 1929 (Professeur Delannoy) : anesthésie générale, cul-de-sac utéro-vésical congestionné extrêmement variqueux, douglassite, liquide citrin dans le Douglas, ovaires volumineux de forme oblongue s'étendant de la fosse ovarienne à

courte distance de la corde utérine, surface nacrée alternant avec des places kystiques, utérus augmenté de volume, résection du nerf présacré, appendicectomie.

Le 25 juin 1930, les douleurs entre les règles sont complètement disparu ; les règles sont régulières et parfois douloureuses ; la dyspareunie a disparu, la leucorrhée a diminué.

Au toucher vaginal : utérus en latéroposition droite, très mobile ; culs-de-sac libres et indolores.

---

12. — Malade âgée de 23 ans, entre dans le service le 23 mai 1927 pour douleurs dans le bas-ventre ; elle présente depuis deux ans des douleurs sourdes augmentant d'intensité sous la fatigue. Les règles sont devenues excessivement douloureuses ; on note une grande dyspareunie. Au toucher vaginal qui est très douloureux, celui-ci montre un utérus en antéposition, le cul-de-sac latéral gauche est bridé et très douloureux, on sent une grosse annexe droite.

Opération le 23 mai 1927 (Professeur Delannoy) : ovaire droit scléro-kystique, utérus augmenté de volume, résection de la trompe et de l'ovaire droit. Le 24 juin, les douleurs entre les règles ont disparu et celles-ci sont régulières et indolores. La dyspareunie a disparu et la malade a eu un enfant depuis l'opération. Au toucher vaginal : utérus augmenté de volume, annexe gauche palpable mais douloureuse, le cul-de-sac droit est libre.

---

13. — Mme X... Cette malade entre à l'hôpital pour douleur dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs deviennent plus violentes depuis quelque temps et s'irradient dans le bas-ventre ; les règles sont d'une durée normale et ne sont pas douloureuses ; on note de la dyspareunie, pas de leucorrhée. Au toucher vaginal, on a un utérus en rétroversion, une grosse annexe gauche ; les culs-de-sac sont souples et non douloureux.

Intervention sous anesthésie générale : incision médiane et sous-ombilicale, gros utérus mou rétroversé, annexe libre de liquide citrin dans le Douglas ; ablation de l'annexe gauche et fixation de l'utérus ; résection du nerf présacré sur 2 cm. 1/2 de longueur ; appendicectomie.

La malade est revue ; elle note une grosse amélioration ; les douleurs dans le bas-ventre ont disparu, la dyspareunie aussi ; règles normales. Au toucher, on trouve un utérus en position normale ; les culs-de-sac : droit, normal ; gauche, bridé.

---

14. — Mme L..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 5 mai 1927 pour douleurs dans le bas-ventre ; réglée à 15 ans, cette malade a toujours des règles douloureuses l'obligeant chaque fois à garder le lit. Depuis trois mois des douleurs entre les règles sont apparues ; les règles sont toujours très douloureuses, il y a de la dyspareunie. Le Bordet-Wasserman est positif. Au toucher vaginal, on note un col utérin avec des déchirures multiples, utérus en position normale, culs-de-sac souples et non douloureux.

Intervention le 14 février 1927 (Razemon) : l'annexe et la trompe droites sont enlevées, résection du nerf présacré. Amputation du col par la méthode de Loedes.

Le 25 janvier 1930, les règles ne sont plus douloureuses et les douleurs entre les règles sont disparues, la dyspareunie a presque disparue. Depuis l'opération, la malade a eu deux accouchements normaux. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples et l'utérus en position normale.

---

15. — Mme N... Malade d'origine polonaise âgée de 28 ans, parlant difficilement le français. La malade se plaint de douleurs dans le flanc gauche ; les règles sont très douloureuses et la forcent à se coucher ; il y a de la dyspareunie. Au toucher vaginal, on trouve un col volumineux, régulier et induré, les deux annexes sont douloureuses. Intervention le 20 novembre 1928 (Professeur Delannoy) : incision médiane sous-ombilicale avec anesthésie générale. Utérus de volume normal, parsemé sur son fond de taches rouges sombres et blanchâtres, ovaire gauche scléro-kystique, résection du nerf présacré, appendicectomie, hystérectomie fundique.

Le 25 juin 1930, les règles ne sont plus douloureuses ; il n'y a plus de douleurs intermenstruelles ; la dyspareunie a disparu.

Au toucher vaginal, on sent le bord supérieur utérin à trois travers de doigt de la symphise, cul-de-sac légèrement douloureux, le droit normal, petit col normal.

---

16. — Mme Z..., malade âgée de 32 ans, présente de la dysménorrhée, dyspareunie, brûlures pelviennes et périnéales, constipation entéro-colite.

Au toucher, cul-de-sac très sensible ; ovaire perceptible, œuf de pigeon kystique.

Opération en octobre 1927 : résection du nerf présacré, résection partielle du petit kyste de l'ovaire droit ; l'ovaire gauche scléreux est laissé en place. Amélioration considérable.

---

17. — Malade âgée de 30 ans : elle souffre d'une dysménorrhée considérable, elle est obligée de s'aliter pendant toute la durée des règles ; les phénomènes douloureux commencent huit jours avant les règles, diminuant vers le troisième jour de l'écoulement.

A l'examen : point de Mac Burney sensible.

Au toucher : antéflexion utérine marquée, rien d'autre.

En janvier 1928 : opération de la laparotomie fundique, appendicectomie, ovaire scléro-kystique. On ne touche pas aux ovaires : résection du nerf présacré.

Résultats : la transformation est totale ; la malade examinée régulièrement ne souffre plus pour les règles. Mais il y a quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche.

---

18. — Mme X... Malade âgée de 31 ans ; elle souffre du bas-ventre depuis sept ans, après un accouchement. Douleurs dans le vagin et pesanteur : dyspareunie très marquée.

A la radioscopie : ptose gastrique expliquant les douleurs dyspeptiques qui datent de la puberté. Le ventre est sensible partout, surtout dans la région cæco-appendiculaire et la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur est très sensible ; à l'ovaire droit, kyste de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureux, mais mobile ; rien à gauche.

On pratique la laparotomie médiane ; on trouve un peu de liquide dans le Douglas ; résection du nerf présacré et appendicectomie.

Les suites opératoires sont troublées par une occlusion intestinale au douzième jour ; la laparotomie itérative montre des adhérences de l'anse iléale au moignon appendiculaire.

Après la libération : guérison.

Le résultat est bon, malgré une longue convalescence, plus de douleurs abdominales et pelviennes, troubles dyspeptiques persistants.

---

19. — Mme H..., âgée de 25 ans. Cette malade a eu plusieurs crises d'appendicite aiguë ; elle souffre de dysménorrhée. Au toucher, l'ovaire droit est fort douloureux et adhérent ; l'ovaire gauche est suspect ; le cul-de-sac postérieur très douloureux.

Laparotomie, l'appendice pelvien adhérent à l'ovaire droit, adhérences lâches pseudo-membraneuses et un peu de liquide dans le Douglas.

Ces adhérences entourent l'ovaire gauche en réseau, sans oblitérer la trompe. Résection de l'appendice et des annexes droites. Résection du nerf présacré.

Revue en janvier 1930, cette malade va très bien ; au toucher, rien de particulier ; cul-de-sac postérieur indolore.

---

20. — Mme Y... se plaint d'un prolapsus vaginal léger après accouchement, de douleurs des règles qui sont peu abondantes, brûlures périnéales et pesanteur lombaire. Opération faite en janvier 1929, colporraphie antérieure et postérieure. Laparotomie médiane, utérus un peu gros, un peu de liquide dans le Douglas. Les deux ovaires sont kystiques. On se borne à la résection du nerf présacré.

Le résultat est excellent, plus de douleurs ni de pesanteur lombaire, plus de brûlures, règles normales.

---

21. — Mlle Z... Cette malade souffre d'une dysménorrhée essentielle pure du type ovarien, malgré une antéflexion utérine ; ovaire gauche scléro-kystique ; ovaire droit plat et long, scléreux.

Résection du nerf présacré, appendicectomie (de précaution). Le résultat est excellent, les règles viennent sans douleurs et depuis l'opération elles sont plus abondantes.

Commentaire des Observations

Des vingt-deux observations nouvelles qui justifient ce travail, seize ont été recueillies dans le service de notre Maître, M. le Professeur Lambret ; six autres ont été obligeamment communiquées par M. le Professeur agrégé Delannoy.

Elles concernent uniquement, nous l'avons dit, des malades opérées pour dysménorrhée ou névralgie pelvienne.

Nous avons pu retrouver à distance vingt et une malades.

En bloc, les résultats de l'intervention sont les suivants :

Dix malades sont guéries. Trois malades ont été suivies plus de trois ans, trois autres plus de deux ans et la guérison se maintenait intégralement.

Six autres malades sont grandement améliorées.

Chez deux malades cette amélioration se maintient depuis trois ans, chez une autre depuis deux ans.

Cinq, enfin, n'ont pas été soulagées par l'intervention.

Somme toute, nous avons seize bons résultats sur vingt et un cas.

Si on décompose cette petite statistique, on constate que quatre cas de résection pure et simple du nerf présacré ont donné trois guérisons et un échec ; qu'une résection associée à une sympathectomie hypogastrique a été suivie de guérison.

Que quinze cas revus où la résection a été combinée à une autre intervention sur les organes génitaux pelviens a

donné six guérisons complètes, six améliorations importantes, quatre échecs.

C'est sur les douleurs que l'influence de la résection du nerf présacré nous a paru la plus efficace.

La dyspareunie, les douleurs inter-menstruelles sont les symptômes qui disparaissent le plus volontiers.

Lorsque les malades continuent à souffrir un peu, ce sont celles que nous appelons grandement améliorées, c'est presque toujours au moment de leurs règles. Mais cette douleur n'est pas comparable aux phénomènes ressentis antérieurement.

Telle malade, qui était obligée de s'aliter pendant deux jours, ressent quelques pesanteurs au moment de ses règles. Telle autre, qui souffrait au point de rester couchée dix à quinze jours par mois, se repose simplement une demi-journée.

L'opération a également un effet favorable sur la résorption des adhérences pelviennes, sur la disparition de la Douglassite, de la paramétrite. Cette influence s'observe aussi sur les lésions inflammatoires de l'utérus lui-même et se traduit, comme nous l'avons noté à plusieurs reprises, par une diminution importante de la leucorrhée après l'intervention.

C'est probablement à l'augmentation du débit circulatoire dû à la section du sympathique qu'il faut l'attribuer.

On sait en effet que la résection du nerf présacré amène une vaso-dilatation des organes pelviens, comme le démontre l'écoulement sanguin constaté généralement dans les jours qui suivent l'intervention, quelle que soit la date des règles précédentes.

D'autre part, la résection du nerf présacré ne paraît pas avoir d'inconvénients. Nous n'avons pas remarqué, comme

nos prédécesseurs d'ailleurs, qu'elle ait eu une action fâcheuse sur le fonctionnement des organes du petit bassin. Elle n'entraîne jamais de troubles de la miction ni de la défécation.

Cotte a montré également que cette opération n'avait aucune influence défavorable sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

Nos observations confirment entièrement ces observations.

Trois de nos opérées sont devenues enceintes après leur intervention, l'une d'entre elles a même eu deux enfants. Dans aucun de ces cas, la grossesse et l'accouchement n'ont été troublés.

Il nous paraît donc incontestable que la résection du plexus hypogastrique supérieur soit un procédé efficace et non dangereux dans le traitement de la dysménorrhée et la névralgie pelvienne.

Il est évidemment critiquable, c'est une objection que l'on n'a pas manqué de faire, de juger des résultats d'une opération à laquelle on associe souvent d'autres manœuvres sur les organes de la région : ovaires, appendice, etc... ; mais il est facile de répondre.

Tout d'abord, il existe des cas suivis de guérison où la résection du nerf présacré a été faite isolément. Nous en apportons un au-dessus de toute critique et deux autres où la manœuvre surajoutée a été simplement l'ablation d'un appendice sain enlevé à titre préventif.

Ensuite, les opérations variées que l'on associe à la résection du nerf présacré : réaction cunéiforme d'un ovaire, ablation d'une annexe suspecte, d'une hydatide pédiculée, d'un appendice chroniquement enflammé, étaient loin d'amener la guérison lorsqu'elles étaient les seules ressources de la chirurgie conservatrice dans les affections qui nous

occupent. Au contraire, lorsqu'on associe à ces manœuvres la résection du nerf présacré, on enregistre une proportion considérable de succès définitifs.

Ces malades, atteintes de dysménorrhée et de névralgie pelvienne, étaient autrefois condamnées à des souffrances continuelles, ou, lorsqu'elles étaient lasses de souffrir, à une intervention importante comme la castration, mutilation grave pour une jeune femme et qui parfois même ne lui apportait pas la guérison.

La résection du plexus hypogastrique supérieur, au contraire, rend 70 % de ces malades aptes à une vie active et leur procure une qualité de guérison inespérée, tout en respectant l'intégrité de leurs fonctions génitales.

Il est donc légitime de considérer cette opération comme une belle acquisition de la chirurgie gynécologique.

CONCLUSION

De cette étude, il résulte :

1° Que le nerf présacré n'est pas un nerf au sens anatomique du mot, mais un plexus qui constitue néanmoins avec la gaine celluleuse qui l'enveloppe un « tout » pour le chirurgien.

2° Qu'il est vaso-moteur autant que le plexus péri-artériel auquel d'ailleurs il envoie des filets.

3° Que sa fonction principale est d'être le conducteur de la sensibilité viscérale et que la résection n'entraîne aucun trouble fonctionnel important.

Donc, nous possédons en sa résection une arme efficace et non dangereuse contre la dysménorrhée et surtout les algies pelviennes puisque sa section a un effet analgésiant très manifeste sur les douleurs d'origine gynécologique. Cette opération est cependant critiquable et cette objection a souvent été faite : qu'on ne peut juger une opération à laquelle on associe souvent d'autres manœuvres sur les organes de la région.

A cela nous répondons qu'il existe des cas indiscutables suivis de guérison, où la résection du présacré a été faite seule ; que les opérations diverses faites en même temps sur les organes pelviens étaient loin d'amener autrefois la guérison lorsqu'elles étaient les seules ressources de la chirurgie conservatrice, au contraire, que depuis qu'on associe à ces manœuvres la résection du présacré, on note un nombre considérable de succès.

4° Que la résection est indiquée :

a) A titre d'opération complémentaire au cours de certaines opérations dirigées contre des lésions organiques douloureuses quand l'intervention, tout en assurant la guérison anatomique, ne suffit pas à faire disparaître d'une manière certaine les douleurs.

b) Quand la chirurgie habituelle d'exérèse ne peut rien contre des lésions étendues qui ont dépassé ces possibilités, par exemple : dans les néoplasmes pelviens inopérables et les récidives des épithélioma du col utérin.

c) Enfin et surtout, dans les syndromes douloureux graves et rebelles, continus ou paroxystiques, lorsqu'ils ne sont accompagnés d'aucune lésion macroscopique appréciable contre lesquels on puisse agir, c'est-à-dire dans cette branche vraiment particulière de la gynécologie où sont englobés sous le nom de dysménorrhée et de névralgie pelvienne un certain nombre de cas cliniques. Il s'agit ici, bien souvent, de jeunes femmes condamnées à souffrir continuellement, à qui une mutilation grave n'apporte pas encore la guérison. Dans ces cas la résection les transforme du tout au tout souvent, les rend propres à une vie active et leur apporte une guérison inespérée sans avoir nui en aucune façon à leurs fonctions génitales.

Vu :
Le Président de la Thèse,
LAMBRET.

Vu :
Le Doyen,
P. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET

BIBLIOGRAPHIE

AIÉVOLI. — La chirurgie du nerf présacré dans les algies pelviennes. (*La Riforma Medica*, N° 28, année 1928, 8 juillet).

ASTIER. — Contribution à l'étude du système nerveux utérin. (Thèse de Lyon, 1918).

AUDRAIN. — Revue générale sur l'anatomie macroscopique du sympathique abdominal : application chirurgicale. (Thèse de Lyon, 1927).

BARD. — Les bases physiologiques de la chirurgie du sympathique. (*Lyon Chirurgical*, tome 24, N° 30, mai-juin 1927).

BERGIER (E.). — Contribution à l'étude anatomique du plexus hypogastrique chez la femme. (Thèse de Lyon, 1919).

BERNARD et THEODORESCO. — La chirurgie des douleurs pelviennes et les opérations sur le sympathique pelvien. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome 43, cahier 24, 25 décembre 1927).

BITTMANN. — Sur les douleurs lombaires et sur leurs traitements par la sympathectomie péri-aortique. (*Lyon Chirurgical*, tome 22, N° 6, novembre-décembre 1925).

CHIPOT (Paul). — La résection du plexus hypogastrique supérieur dans certaines affections pelviennes douloureuses.

COTTE. — Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique péri-artérielle ou la section du nerf présacré. (*Lyon Médical*, année 56, tome 135, N° 6, 8 février 1925).

COTTE. — La résection du nerf présacré. (*La Presse Médicale*, année 34, 1926).

COTTE. — A propos des interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. (Société de Chirurgie de Lyon, séances des 25 novembre, 2 et 9 décembre 1926, et des 13 et 29 janvier, 3 mars 1927 ; *Lyon Chirurgical*, tome 24).

COTTE. — Sur la chirurgie du sympathique en gynécologie. (*Paris Médical*, année 17, N° 25, 11 juin 1927).

COTTE. — Sur le rôle du sympathique dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme ; déductions thérapeutiques. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, année 23, N° 7, mai 1928).

COTTE. — Sur le traitement chirurgical des dysménorrhées rebelles par la résection du sympathique pelvien. (*Journal Médical français*, tome 17, N° 12, décembre 1928).

COTTE et DECHEAUME. — Technique et indications opératoires des interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. (*Journal de Chirurgie*, tome 25, N° 6, juin 1925).

COTTE et NOEL. — Sur la constitution histologique du nerf présacré. (Société de Chirurgie de Lyon, 20 janvier 1927 ; *Lyon Chirurgical*, tome 24, N° 4, juillet-août 1927).

CRAINICIANU. — Traitement chirurgical des algies pelviennes en gynécologie. (*La Presse Médicale*, année 36, 1er semestre, N° 42, 26 mai 1928).

CUEILLE. — Des interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le nerf présacré, dans les douleurs pelviennes, en gynécologie. (Thèse de Bordeaux, 1929).

DALCHÉ. — Cauxalgies, névralgies de l'appareil génital de la femme. (*La Gynécologie*, année 27, N° 1, janvier 1928).

DELMAS et ROUVILLE (DE). — L'anatomie chirurgicale du nerf présacré. (*La Gynécologie*, année 26, N° 3, mars 1927).

DELMAS et LAUX. — Constitution, forme et rapports du nerf présacré. (Association des anatomistes, deuxième réunion de Londres, avril 1927 ; *Montpellier Médical*, année 70, tome 49, 1er mai 1927).

FEREY. — Nouvelles indications de la résection du nerf présacré. (*La Presse Médicale*, année 35, premier semestre, N° 15, 19 février 1927).

FEREY. — De la résection du nerf présacré dans les affections douloureuses du petit bassin. (Thèse de Paris, 1926).

FEREY. — La résection du plexus hypogastrique supérieur, dit encore « nerf présacré ». (Archives franco-belges de chirurgie, année 30, N° 8, août 1927).

GOUILLOUD. — Sur la section du nerf présacré. (Société de Chirurgie de Lyon, séance du 2 décembre 1926 ; *Lyon Chirurgical*, tome 8, N° 1, janvier-février 1927).

GUYOT et VILLAR (Jean). — Sur deux cas d'opération de Cotte. (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, séance du 28 novembre 1928 ; Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, année 18, N° 3, mars 1929).

HAMANT. — La résection du nerf sympathique pelvien ; traitement de l'ovarite scléro-kystique. (Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, séance du 20 janvier 1926 ; Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, année 15, N° 3, mars 1926).

KUMMEL. — Sur la chirurgie du sympathique ; essai d'anatomo-physiologie clinique. (Paris, 1923, Alcan, éditeur).

LATARJET. — De l'intérêt du ganglion hypogastrique et des nerfs de l'utérus. (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon ; *Lyon Chirurgical*, tome 19, N° 5, septembre-octobre 1922).

LATARJET et ROCHET. — Etude sur les voies d'abord chirurgical du plexus hypogastrique et de son ganglion. (*Lyon Chirurgical* tome 10, N° 5, novembre 1913, et N° 6, décembre 1913).

LAUX. — Contribution à l'étude anatomique du sympathique pelvien ; déductions chirurgicales. (Thèses de Montpellier, 1927).

LERICHE. — Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovariennes en gynécologie. (*La Presse Médicale*, année 33, premier semestre, N° 29, 11 avril 1925).

LERICHE. — Résultats éloignés (cinq ans et demi) d'une sympathectomie des deux artères hypogastriques pour dysménorrhée douloureuse. (Société de Chirurgie de Lyon, séance du 13 janvier 1927 ; *Lyon Chirurgical*, tome 24, N° 3, mai-juin 1927).

LERICHE. — La chirurgie et la douleur.

LERICHE. — De l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose. (*La Presse Médicale*, année 34, N° 71, 4 septembre 1926).

LERICHE et STRICKER. — Résultats de quelques expériences sur le nerf présacré. (Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, tome 53, n° 19, séance du 1er juin 1927).

LERICHE et WERTHEIMER. — Etat actuel de la chirurgie du sympathique. (*Journal Médical français*, année 21, tome 10, N° 6, juin 1921).

LESCALE. — De la sympathectomie de l'hypogastrique comme traitement des syndromes douloureux pelviens. (Thèse de Bordeaux, 1927).

LICHTWITZ. — Les algies viscérales. Etude pathogénique et thérapeutique .(Thèse de Paris, 1929).

LUQUE. — Le flexus hypogastrique supérieur. Indications et valeur de sa section dans les névralgies pelviennes. (Thèse de Paris, 1928).

MICHON. — Dix observations d'opérations sur le sympathique pelvien chez la femme. (*Lyon Chirurgical*, tome 23, N° 4, juillet-août 1928).

MORNARD. — Résultats de trois résections du nerf présacré. (Société des Chirurgiens de Paris, séance du 21 décembre 1928 ; Compte à *La Presse Médicale*, 37e année, premier semestre, N° 1, 2 janvier 1929).

PATEL et VIANNAY. — Les interventions dirigées sur le sympathique pelvien. (*Gazette des Hôpitaux*, 77e année, N° 36, 26 mars 1904).

PETIT-DUTAILLES. — La chirurgie du sympathique pelvien de la femme. (*Journal des Praticiens*, 41e année, N° 14, 2 avril 1927).

ROUSSEAU. — Technique de la résection du nerf présacré. (*Paris Chirurgical*, 19e année, N° 4, mai-juin 1927).

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine et topographique. (Tome 1, Paris, 1924).

SEGOVA. — La chirurgie du sympathique. (*Los Progressos de la Clinica* (Madrid), tome 28, N° 2, août 1924).

TERNIER. — Contribution à l'étude de la chirurgie du sympathique dans les syndromes douloureux. (Thèse de Lyon, 1899).

THEODORIDES. — Le traitement de la dysménorrhée. (Practos Lianos, avril 1928).

TIRELLE (Severino). — Trois cas de résection du nerf présacré. (*Il Policlinico* (sezione chirurgica), 35e année, fascicule 2, décembre 1928 ; Analyse in *Journal de Chirurgie*, tome 33, N° 5, mai 1929).

VILLARD. — Les algies pelviennes et les interventions sur le sympathique pelvien. (Société de Chirurgie de Lyon, séance du 9 décembre 1926 ; Compte rendu in *Lyon Chirurgical*, tome 24, N° 2, février-mars 1927).

WALTHER. — Quelques cas de résection du nerf présacré, techniques et résultats. (36e Congrès français de Chirurgie, Paris, 3 octobre 1927 ; Compte rendu in *La Presse Médicale*, 35e année, deuxième semestre, N° 87, 29 octobre 1927).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Anatomie du plexus hypogastrique supérieur	13
Physiologie	20
Indications opératoires	24
Technique opératoire	30
Observations	33
Commentaire des Observations	42
Conclusion	46
Bibliographie	48

Lille. — Imp Société d'Edition du Nord, 31782